

Markus Giesbers

## Zwischen Autonomie und Fürsorge

### Pflege und Pflegepolitik aus der Sicht der Praxis institutioneller Pflege

#### *Zusammenfassung*

Der Beitrag nimmt zuerst die jüngste Entwicklung der Pflegepolitik in den Fokus und thematisiert dabei auch negative Auswirkungen der Pflegeversicherung, die mit dem Pflegestärkungsgesetz beseitigt werden sollen. Anschließend setzt sich der Aufsatz mit ethischen Fragen im Bereich der Pflege aus Perspektive der Praxis in stationären Einrichtungen auseinander. Ethisches Konfliktpotenzial bergen die Bereiche Selbstbestimmung versus Fürsorgepflicht sowie die Rahmenbedingungen, die sich nachteilig auf Bewohner- und Mitarbeiterschaft auswirken. Das aktuelle Pflegestärkungsgesetz setzt auf einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, der für eine gerechtere Verteilung der Pflegegrade sorgen soll; es bleiben dennoch Zweifel, ob sich diese Reform positiv für Pflegebedürftige und Pflegepersonal auswirkt. Vor allem in Bezug auf Personalbemessung und Wertschätzung pflegender Berufe wird Politik in Zukunft gefordert sein.

#### *Abstract*

In a first step, this paper examines the recent developments in care policy, outlining the major drawbacks of the German long-term care insurance, which are to be overcome by the new care stabilisation law. Next, ethical questions of long-term care are discussed from the perspective of the practices in inpatient care. There seems to be some potential for ethical conflicts present in the field of autonomy versus duty of care, as well as in the basic conditions of care, both affecting care receivers and care staff unfavourably. The current care stabilisation law banks on a new concept of 'need for permanent care', which is to ensure a fairer allocation of attributed care levels; however doubts remain whether this reform will positively affect both individuals in need of care and care staff. In particular, the problems of staffing and the appreciation of care professions require the careful attention of policy makers.

## 1 Pflegepolitik – vom Stiefkind zur drängenden Demografiefrage

Bis kurz vor der Jahrtausendwende waren Pflegefragen im Grunde „Familiensache“. Pflegebedürftige Menschen wurden – und werden bis heute – mehrheitlich zuhause gepflegt und betreut. Dabei wurde auch vor Einführung der Pflegeversicherung mitunter ein professioneller ambulanter Pflegedienst in Anspruch genommen. Alternativ war eine

Unterbringung im Altenheim möglich, der tatsächliche Pflegebedarf spielte dabei jedoch eine untergeordnete Rolle. Pflegestufen existierten damals noch nicht.

In den 1990er Jahren zeichneten sich durch gestiegene Lebenserwartung, bessere medizinische Versorgung und die Bevölkerungsentwicklung nach den Baby-Boomern der 1950/60er Jahre Entwicklungen ab, die das gefährdete Pflegesystem in Deutschland demografiefest machen sollten. Hochaltrigkeit und Multimorbidität bildeten zunehmend Herausforderungen für das deutsche Renten- und Pflegesystem.

### 1.1 Vom Pflegeversicherungs- zum Pflegestärkungsgesetz

Nach Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 wurden Pflege und Betreuung älterer Menschen in Deutschland als gut geregelt betrachtet. Zwar waren anfänglich die Sozialkassen entlastet, es zeigte sich jedoch bald, dass diese Versicherung, die als sog. „Teilkaskoversicherung“ angelegt ist, weder für evidente Qualitätsverbesserungen sorgte noch Menschen mit neurodegenerativen oder psychisch bedingten Einschränkungen in den Leistungen adäquat berücksichtigte.

Die Erfassung des Grades der Pflegebedürftigkeit orientierte sich an Verrichtungen in der Körperpflege. Je nach benötigter Zeit für diese Unterstützungsleistungen erfolgte eine Eingruppierung in eine entsprechende Pflegestufe. Dabei zeigte sich frühzeitig, dass der Widerspruch zwischen körperlicher Fitness und kognitiver Einschränkung bei Vorliegen einer Demenz nicht den wirklichen Pflege- und Unterstützungsbedarf abbildete. Wenn beispielsweise ein an Demenz erkrankter Mensch bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) seine Hand hinter den Kopf heben kann, gilt dies in der Konsequenz als Fähigkeit, sich die Haare selbstständig kämmen zu können, selbst wenn der Mensch mit dem Gegenstand „Kamm“ kognitiv nichts anfangen kann. Vor dem Hintergrund, dass es bei der Begutachtung um die Feststellung von Defiziten geht, die sich niemand gerne vor fremden Menschen eingesteht, kann dieses Verfahren als ethisch fragwürdig bezeichnet werden. Etliche Begutachtungssituationen enden in Tränen, weil der demenzkranke Mensch sich zutiefst gekränkt fühlt.

Im Jahr 2008 wurde nachgebessert, indem ein neues Berufsfeld in der Seniorenbetreuung eingeführt wurde; es handelte sich um die zusätzliche Betreuungsassistenz für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

(§ 87b SGB XI). Dies führte in den Altenhilfeeinrichtungen dazu, dass es zusätzliche Mitarbeiter/-innen gab, die sich in der Betreuung nur um den Personenkreis der kognitiv eingeschränkten Menschen kümmern durften. Man kann sich vorstellen, welche Reaktionen dies bei orientierten Bewohner/-innen nach sich zog, als diese an bestimmten Angeboten nicht teilnehmen durften. Seit 2015 gilt die zusätzliche Betreuung im stationären Bereich für alle Bewohner/-innen.

Das Pflegestärkungsgesetz I brachte vor allem für Pflegebedürftige im häuslichen Bereich deutliche (finanzielle) Verbesserungen, u. a. auch bei der Inanspruchnahme von teilstationären Leistungen wie der Betreuung in der Tagespflege zur Entlastung der pflegenden Angehörigen.

Das seit Januar 2016 geltende Pflegestärkungsgesetz II sieht vor allem Verbesserungen im Leistungsbereich für kognitiv eingeschränkte Menschen vor, die im bisherigen Begutachtungssystem bei der Vergabe der Pflegestufe wenig berücksichtigt wurden. Der „Neue Pflegebedürftigkeitsbegriff“ und das dazu gehörende „Neue Begutachtungs-Assessment“ sollen für eine gerechtere Verteilung der Gelder aus der Pflegeversicherung sorgen und die Schwerpunktsetzung rein körperlicher Einschränkungen und die sogenannte „Minutenpflege“ beenden. Die Umsetzung wird allerdings erst zum 1. 1. 2017 erfolgen.

## 1.2 Grundsatz „Ambulant vor Stationär“

Die meisten Menschen möchten den Lebensabend in den eigenen vier Wänden verbringen. Diese Grundeinstellung spiegelt sich auch im Pflegeversicherungsgesetz wider. Priorität hat die ambulante Versorgung zuhause. Der finanzielle Anreiz bei ambulanter Pflege und ebenso die drohende Zuzahlung bei stationärer Unterbringung sorgen bei pflegenden Angehörigen dafür, dass die Pflege möglichst lange zuhause erbracht wird. Die Kostenträger der Kommunen, die u. U. Hilfe zur Pflege leisten müssen, erhöhen den Druck, indem sie sich zusätzliche Überprüfungen bei Pflegestufe 0 und 1 vorbehalten, um eine Heimunterbringung zu vermeiden oder doch zumindest zu verzögern. Letztlich zählt hier in erster Linie das Argument der Kostenersparnis. Zuweilen wird der individuelle Wunsch der Versorgung zuhause vorgeschoben, denn der politische Druck auf die – manchmal völlig überforderten – pflegenden Angehörigen ist immens groß. Hinzu kommt, dass viele Hochbetagte in der Wohnung den Tag über höchstens Besuch vom Pflegedienst

bekommen, da die Angehörigen meist berufstätig sind; Vereinsamung und Isolation sind oft die Folgen, die durch ein Wohnen in Gemeinschaft verhindert werden könnten.

### 1.3 Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen von Pflege und Betreuung

Durch die mit der Pflegeversicherung verbundenen Maßnahmen der Qualitätssicherung, wie die Einhaltung von Expertenstandards in verschiedenen Bereichen (z. B. Dekubitusprophylaxe, Schmerzminimierung), haben sich die zuvor in der öffentlichen Wahrnehmung vorhandenen Missstände in stationären Pflegeeinrichtungen scheinbar reduziert. Gleichzeitig wurde im Bereich der Dokumentation der Leistungen ein derart bürokratisches Erfassungssystem implementiert, dass Pflege- und Betreuungskräfte zunehmend mehr Zeit auf das Verschriftlichen ihrer Tätigkeiten verwenden mussten. Dies führte zu einer zeitlichen Einschränkung der tatsächlichen Arbeit am Menschen. „Ich arbeite eigentlich nur für die Überprüfung durch den MDK“ sind typische Äußerungen von Pflegemitarbeiter/-innen, wenn es um die Qualität der Pflege geht. Letztlich erfolgt die Dokumentation auf Grundlage des sogenannten „Pflege-TÜVs“; die Kriterien haben allerdings nicht immer mit menschlicher Pflege und Zuwendung zu tun, sondern werden großenteils als juristische Absicherung betrachtet. Der Gesetzgeber hat diese Problematik offensichtlich erkannt: Das Pflegestärkungsgesetz sowie Änderungen in der Pflegeausbildung sollen diesbezüglich Verbesserungen bewirken.

## 2 Ethische Probleme im Alltag stationärer Einrichtungen

Im Folgenden wird besonders auf den Bereich der stationären Altenpflege Bezug genommen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass ähnlich gelagerte ethische Dilemmata im häuslichen Bereich nicht existent wären. Durch die private Situation und den begrenzten Einblick von Kontrollbehörden sind die zum Teil vorhandenen Konflikte dort verborgener.

## 2.1 Das Selbstbestimmungsrecht in Organisationen

Jede Art von Gemeinschaftsversorgung birgt inhärent die Gefahr der Reduzierung des Rechts auf Selbstbestimmung und Selbstständigkeit. Bei Abhängigkeit aufgrund körperlicher oder geistiger Einschränkungen von anderen Menschen nimmt das Risiko noch einmal deutlich zu. Paternalistische Einstellungen seitens der Träger oder Leitungen führen dazu, dass für individuelle Entfaltung wenig Raum ist. Organisationsabläufe werden zuweilen den Bewohnerbedürfnissen vorangestellt. Häufig kommt es zu Konflikten im Spannungsfeld von Selbstbestimmung des/der Bewohner/-in und Fürsorgepflicht seitens der Mitarbeiterschaft. Zwar gibt es zuweilen ethische Fragestellungen, bei denen es in der Konsequenz um Leben oder Tod geht – dies betrifft vor allem Fragen rund um Nahrungs- und Trinkverweigerung und der daraus resultierenden Problematik der künstlichen Ernährung durch eine Magensonde. Im Alltag jedoch geht es häufiger um die Fragen von Autonomie und Sicherheit, die scheinbar nebensächlich sind, sich jedoch enorm auf das Gefühl der Selbstwirksamkeit von Bewohnerinnen und Bewohnern auswirken.

Ein typisches Beispiel aus der Praxis: Eine 90jährige Bewohnerin, die sich in einem Beginnstadium der Demenz vom Typ Alzheimer befindet, möchte sich alleine duschen. Dies gelingt ihr, indem sie sich mit einer Hand noch einseifen und waschen kann, somit nicht mehr alle Körperteile mit der Seife erreicht. Aus pflegerischer Sicht bestehen aber keine hygienischen Bedenken, da die Frau ansonsten Unterstützung bei der Körperpflege akzeptiert. Das Pflegepersonal macht sich Sorgen, weil die Sturzgefahr wegen der Bodenfeuchtigkeit und des sowieso unsicheren Gangbildes der Bewohnerin beim Duschen deutlich erhöht ist. Man hat sich im Team aber darauf geeinigt, dass das Selbstbestimmungsrecht mit dem damit verbundenen Schamgefühl respektiert wird. Das Sturzrisiko wird also in Kauf genommen, Zwangsmaßnahmen werden nicht durchgeführt. Als die beiden Töchter jedoch von der „gefährlichen Duschsituation“ erfahren, möchten sie von ihrem Recht als Bevollmächtigte Gebrauch machen: Mutter dürfe nicht alleine duschen, die Sturzgefahr mit schlimmen Folgen sei aus ihrer Sicht zu groß. Außerdem hätten sie Mutter ins Heim gegeben, damit sie dort professionell und hygienisch einwandfrei gepflegt werde; schließlich koste der Pflegeplatz viel Geld, „dafür könne man ein bisschen Service erwarten“.

Ein anderes Beispiel: Sobald ein/-e Pflegeheimbewohner/-in stürzt und anschließend im Krankenhaus behandlungsbedürftig wird, setzt sich ein Regressforderungsprozess der Krankenkassen in Gang. Von Seiten der Einrichtung muss über die gesamte Dokumentation nachgewiesen werden, dass alle Maßnahmen der Sturzprophylaxe eingehalten wurden. Die Güterabwägung zwischen Werten der (Bewegungs-)Freiheit und der Sicherheit ist von Seiten der Krankenkassen deutlich zugunsten der Sicherheit – und dahinter steht selbstverständlich die Kostenreduzierung durch den teuren Krankenhausaufenthalt – entschieden. Dieses Vorgehen führte bei vielen Trägern dazu, dass in den vergangenen Jahren verschiedene Fixierungssysteme von medikamentöser Sedierung über den Einsatz von Bettgittern bis hin zu Fixiergurten in Betten und Stühlen zur Anwendung kamen. Glücklicherweise haben veränderte Ländergesetze, die das Wohnen und die Teilhabe in den Fokus rückten, für eine Veränderung diesbezüglich gesorgt. Das Verhalten der Krankenkassen hat sich allerdings nicht geändert.

Zunehmend mehr ältere Menschen verfassen Patientenverfügungen, meist in Kombination mit Vorsorgevollmachten. Diese Entwicklung führt dahin, dass nicht mehr vorrangig und allein Ärzte über die Weiterführung oder Einstellung von lebensverlängernden Maßnahmen in bestimmten Situationen entscheiden dürfen. Doch selbst klar verfasste Verfügungen geben nicht immer eindeutig den momentan gültigen Willen des Betroffenen wieder: Wie soll man sich verhalten, wenn ein Mensch im fortgeschrittenen Demenzstadium deutlich verfügt hat, dass er keine künstliche Ernährung erhalten will, sich aber plötzlich ganz klar äußert mit dem Satz „Bitte lass‘ mich nicht verhungern“?

Ein letztes Beispiel: Auch wenn Sexualität im Alter ein gesellschaftliches Tabuthema ist, spielen im Alltag einer Pflegeeinrichtung Gefühle und Sexualität eine nicht zu verachtende Rolle. Das Bedürfnis nach körperlicher Nähe besteht weiterhin, das Bedürfnis, auch an intimen Stellen gestreichelt zu werden, ist bei manchen älteren Menschen stark ausgeprägt. Gerade Männer äußern gegenüber Mitarbeiterinnen in oft anzüglicher Form diese Bedürfnisse. Wäre Sexualassistenten eine sinnvolle Kompensation? Geht das in einer konfessionellen Einrichtung? Oder Menschen verlieben sich neu, obwohl der Ehepartner noch lebt, aber in der Demenz nicht mehr als solcher erkannt wird und der Zimmernachbar viel vertrauter ist. Zeitlebens verdrängte homoerotische Bedürfnisse treten in der Demenz plötzlich zutage, weil sozialisationsbedingte Schamgefühle und Ängste außer Kraft treten. Wie geht man damit um,

wenn ein Partner geistig orientiert und der andere demenziell verändert ist? Handelt es sich dabei um eine gleichberechtigte Beziehung oder besteht die Gefahr der sexuellen Ausbeutung?

All diese Beispiele verdeutlichen, dass das Zusammenleben in Altenhilfeeinrichtungen keineswegs gut geregelt und konfliktfrei verläuft. Aus ethischer Sicht stellt sich die Frage, wie mit diesen Dilemma-Situationen umzugehen ist. Ein nach allgemeinen Vorschriften gestaltetes Qualitätsmanagementsystem verführt zu klaren Regelungen, die Individualität verhindern und Autonomie einschränken.

In unseren Einrichtungen gab es vor zehn Jahren die Entscheidung, den Umgang mit ethischen Fragestellungen systematisch anzugehen. Nach intensiven Fortbildungen der gesamten Mitarbeiterschaft wurden ethische Leitlinien zu häufig auftretenden schwierigen Situationen entwickelt. Diese gelten als handlungsleitende Grundlage bei der Führung von ethischen Fallbesprechungen. Dazu werden alle beteiligten Gesprächspartner eingeladen, die Gespräche werden von einem in jeder Einrichtung dazu weitergebildeten Ethikkoordinator moderiert mit dem Ziel, eine für alle Beteiligten gute und tragbare Lösung zu finden. Dabei wird in den meisten Fällen deutlich, dass das Selbstbestimmungsrecht des Bewohners/der Bewohnerin – auch wenn er oder sie von einer Demenz betroffen ist – die Maxime unseres Handelns abbildet. Durch die regelmäßige Praxis verändern sich Haltungen; selbst überängstliche Angehörige erkennen in unserer Einrichtungskultur den hohen Wert von Freiheit und Selbstbestimmung und nehmen dafür Risiken in Kauf oder verzichten auf eine häufig leidensverlängernde Sondenernährung.

## 2.2 Zeit- und Personalmangel angesichts überbordender Dokumentation und Behördenprüfungen

Die beschriebenen Vorgangsweisen erfordern naturgemäß Zeitressourcen, um sich mit der Biografie des Bewohners/der Bewohnerin, mit den Angehörigen, Hausärzten und anderen Beteiligten auseinanderzusetzen. Die Einhaltung und Dokumentation der körperlich zu erfüllenden Pflegestandards führen dazu, dass Mitarbeiter/-innen keine Zeit für ein oft viel wichtigeres Gespräch oder ein „In-den-Arm-Nehmen“ bleibt. Dies führt zu Frustration und Spannungen zwischen Bewohner/-innen, Mitarbeiter/-innen und Angehörigen. Die Dokumentation wird in der Regel „prüfbehördenkonform“ verfasst, damit bei Qualitätsprüfungen die

zu veröffentlichenden Ergebnisse stimmen; der Nutzen für Bewohner/-innen und Mitarbeiter/-innen ist zweitrangig. Viele Pflegekräfte verlieren so die Sinnhaftigkeit ihrer Arbeit aus den Augen. Die Verweildauer am Arbeitsplatz nimmt ab und aufgrund der Arbeitsbedingungen (Schichtdienst, Wochenendarbeit, teilweise geringe monetäre Entlohnung, geringe gesellschaftliche Anerkennung) wechseln sie zu den einst als Gegner wahrgenommenen Prüfbehörden, um „ihre Ruhe zu haben“. Dies führt zu einem Fachkräftemangel, der in vielen Teilen Deutschlands bereits deutlich zu spüren ist und angesichts der demografischen Entwicklung zum Horrorszzenario werden wird. Selbst Zuwanderung aus muslimisch geprägten Ländern, z. B. bedingt durch die gegenwärtigen Fluchtbewegungen nach Deutschland, wird auf absehbare Zeit kein Grund zur Entwarnung sein.

### 2.3 Systemimmanente Fehleinschätzungen: Rehabilitative Pflege und Behandlungspflege

Die Eingruppierung in Pflegestufen bzw. ab 2017 in Pflegegrade soll den Personalbedarf der Einrichtung abbilden. Dies führt momentan dazu, dass zwar eine Verbesserung oder zumindest die Erhaltung des *Status quo* des Pflegezustandes bei Bewohner/-innen erreicht werden soll, das System belohnt jedoch eine Verschlechterung, monetär und personell. Es besteht kein Anreiz, beispielsweise den Unterstützungsbedarf durch Physiotherapie oder Essenstraining zu vermindern, damit die Person wieder selbstständiger leben kann; dies wird durch einen niedrigeren Pflegegrad und einen sinkenden Personalschlüssel bestraft.

Während in der ambulanten Pflege die sog. Behandlungspflege (z. B. Wundversorgung) über die Krankenversicherung abrechenbar ist, wird diese oft sehr zeitaufwändige Pflege im stationären Bereich nicht extra ausgewiesen und raubt Zeitressourcen für andere Bewohner/-innen.

## 3 Politische Forderungen aus der Praxis institutioneller Pflege und Betreuung

Nach langer Verzögerungstaktik verschiedener Gesundheitsminister scheint es nun doch zu notwendigen Reformen in der Pflegepolitik zu kommen. In Grundzügen seien die wichtigsten Aspekte aus der stationären Perspektive in Kürze genannt.



### 3.1 Einführung eines adäquaten Personalbemessungsinstruments

Mit Umsetzung des Pflegestärkungsgesetzes II werden statt drei Pflegestufen fünf Pflegegrade eingeführt. Seit Einführung der Pflegeversicherung hat man sich in der Personalbemessung auf ein – nie wissenschaftlich evaluiertes – Modell geeinigt, dass für jede Pflegestufe einen bestimmten Anteil von Pflegemitarbeiterstellen vorsah. Alle Expert/-innen sind sich einig, dass die Anhaltswerte zu gering waren. Während die Umsetzung in Pflegegrade 2017 erfolgt, hat das Bundesgesundheitsministerium eine Kommission eingesetzt, die bis 2020 ein wissenschaftlich fundiertes Instrument der Personalbemessung finden soll; es handelt sich insofern um ein halbfertiges Gesetz, dass Pflegende und Einrichtungen im Regen stehen lässt.

### 3.2 Kritische Begleitung der Einführung des „Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ und des „Neuen Begutachtungs-Assessments“ (NBA)

Zwar hat die Politik mit – manchmal zweifelhaft einseitiger – pflegewissenschaftlicher Unterstützung nun einen umfassenderen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff mit dem dazu gehörenden Neuen Begutachtungs-Assessment zur gesetzlichen Grundlage gemacht, im Vorfeld der Umsetzung mehren sich aber bereits die Stimmen, dass die Validität der Messung von Pflegebedürftigkeit in den neuen Kategorien in Frage steht und die Nachteile der neuen Begutachtung im Vergleich zum bisherigen System größer sein könnten als gewollt und erwartet (vgl. Planer/Brühl 2016).

### 3.3 Wertschätzung von Pflegeberufen vor dem Hintergrund einer generalistischen Ausbildung

Das Problem der mangelnden Attraktivität von pflegerischen und betreuenden Berufen wurde von der Politik jahrelang missachtet. Im Gegenteil: Durch Parolen wie „Altenpflege kann jeder“ wurde in der Vergangenheit suggeriert, dass es sich um eine Hilfstätigkeit ohne größere Verantwortung handele. Die nunmehr beschlossene Umsetzung der generalistischen Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen und

Altenpfleger/-innen sorgt für zusätzlichen Sprengstoff in der Diskussion um ausreichende monetäre und gesellschaftliche Anerkennung von pflegenden Berufen. Diesbezüglich existieren große Sorgen um die Zukunft der Pflege, gerade in den Altenhilfeeinrichtungen, die eine noch größere Abwanderung des Personals in die vermeintlich attraktiveren Krankenhäuser befürchten. Hier kommt der Politik eine Steuerungsfunktion zu, die mit den Rahmenbedingungen dafür zu sorgen hat, dass die Altenpflege auch in Zukunft ein gesamtgesellschaftliches Anliegen bleiben muss, damit Menschen bis ans Lebensende würdig gepflegt und betreut werden.

## Literatur

Planer, Katarina; Brühl, Albert (2016): Kann der „Neue Pflegebedürftigkeitsbegriff“ halten, was mit ihm versprochen wird? In: Dabrowski, Martin; Wolf, Judith (Hg.): Menschenwürde und Gerechtigkeit in der Pflege (Sozialethik konkret). Paderborn: Schöningh, 115–139.

## Über den Autor

*Markus Giesbers*, Dipl.-Theol., Dipl. Soz.-Päd., Leiter des Seniorenheims St. Magnus-Haus Everswinkel und Lehrbeauftragter am Fachbereich Sozialwesen der Fachhochschule Münster, Projekt Soziale Arbeit mit älteren Menschen. E-Mail: giesbers@st-magnus-haus.de.